

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1922

THÈSE

424
N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

Boguslaw KRZYPOW

né le 6 Mars 1893 à Varsovie (Pologne)

VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE

DES

ÉCOULEMENTS ANORMAUX

PAR LE MAMELON

Président : M. PIERRE DELBET, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE

LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1922

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1922

THÈSE

No

424

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

Boguslaw KRZYPOW

né le 6 Mars 1893 à Varsovie (Pologne)

VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE
DES
ÉCOULEMENTS ANORMAUX
PAR LE MAMELON



Président : M. PIERRE DELBET, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE

LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1922

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESEUR : M. POUCHET

PROFESSEURS.

MM.

Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNEO
Physiologie.	CH RICHET
Physique Médicale	André BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	Marcel LABBE
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
	ACHARD
Clinique médicale.	VIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	P. MARIE
Clinique des maladies contagieuses.	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale.	GOSSET
	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile.	Aug. BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino laryngologie	SEBILEAU

Agrégés en exercice

MM.

ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LEMIERRE	RETTERER
BASSET	GARNIER	LEQUEUX	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEREBOULLET	RICHAUD
BLANCHETIÈRE	GREGOIRE	LERI	ROUSSY
BRANCA	GUILLEMINOT	Le LORIER	ROUVIERE
CAMUS	GUENIOT	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ A.
CHIRAY	GUILLEMIN	MATHIEU	TANON
CHAMPY	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHEVASSU	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE (HENRI)	MULON	VILLARET
DESMAREST	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DEBRE	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE DELBET

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Commandeur de la Légion d'Honneur

Membre de l'Académie de Médecine

*Qui a bien voulu nous faire le grand
honneur de présider cette thèse*

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR WLADYSLAW JANOWSKI

Professeur à la Faculté de Médecine de Varsovie
Médecin de l'Hôpital de l'Enfant Jésus à Varsovie

*Qui a conduit nos premiers pas dans
la carrière médicale.*

*En témoignage de notre reconnais-
sance pour les marques d'affectueu-
se sollicitude et les conseils éclairés
qu'il nous a prodigués.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHARLES GIRODE

Chef de Clinique Chirurgicale de la Faculté
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a donné le sujet de cette
thèse.*

*En témoignage de sympathie et de
reconnaissance pour ses conseils
au cours de ce travail.*

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE VARSOVIE

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE STRASBOURG

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE PARIS

INTRODUCTION

En parcourant la littérature concernant les écoulements par le mamelon, on est frappé du manque de précision dans la détermination de caractère de ces écoulements. Beaucoup d'auteurs se basent sur leur nature, d'autres sur la coloration. Ce fait rend la critique des observations très difficile. Nous croyons donc qu'il y a intérêt à fixer pour les écoulements par le mamelon une terminologie plus stable, comme par exemple celle qui sert à déterminer les différentes sortes de crachats. « L'écoulement du mamelon, dit Nélaton, varie depuis l'aspect du sang le plus pur, le plus vermeil, jusqu'à celui de l'eau claire ». Cet écoulement est très abondant et spontané dans plusieurs exemples, dans quelques autres c'est un suintement, une simple gouttelette qu'on ne fait sortir qu'en pressant le sein ; ici, il annonce le début de la tumeur, là il ne paraît que quand celle-ci offre un notable développement. On voit donc bien que ce n'est pas la façon dont se produit un écoulement, ce n'est pas sa quantité, mais c'est surtout sa nature chimio-physiologique qui le caractérise. En effet, on peut distinguer les écoulements suivants : lait (et colostrum), sé-

reux, muqueux, purulents, séro-sanguinolents et de sang pur.

Nous ne nous occuperons dans cette étude que des écoulements qui présentent un intérêt capital au point de vue clinique. Ce sont surtout les écoulements séreux, séro-sanguinolents et sanglants. Si le terme séreux s'explique par lui-même nous insistons sur ce fait, qu'au groupe des écoulements sanglants il y a lieu de rattacher les écoulements du sang pur. Sous le nom des écoulements séro-sanguinolents on comprend les écoulements « rosâtres » plus ou moins teintés par le sang.

Comme nous l'avons dit plus haut tous ces écoulements peuvent être soit provoqués par la pression, soit spontanés. Les écoulements spontanés sont continus pendant une période plus ou moins longue, ils peuvent se répéter périodiquement en durant un certain temps. On rencontre aussi les écoulements qui ne durent pas longtemps qui sont peu abondants (à peine quelques gouttes) qui peuvent se produire une seule fois ou qui se reproduisent d'une façon plus ou moins régulière.

CHAPITRE I

LES ÉCOULEMENTS SÉREUX

On rencontre ces écoulements dans la mastite de la puberté, dans le phlegmon subaigu, dans la mammite chronique et dans le « catarrhe de la glande mammaire ».

Dans la *mastite de la puberté* la pression exercée sur la glande laisse sourdre une gouttelette séreuse limpide, légèrement opaline ou même quelquefois de consistance épaisse.

L'écoulement qui se produit parfois dans le *phlegmon subaigu* peut présenter un intérêt très particulier. En effet en exerçant une pression sur le lobule enflammé on arrive parfois à faire sourdre un liquide séreux ou même séro-purulent qui ressemble à du colostrum. Dans d'autres cas ce liquide est plus épais, il est assez semblable à du lait pour que les femmes croient avoir conservé une sécrétion lactée depuis plusieurs mois ou plusieurs années. Il possède encore un trait caractéristique :

c'est celui de devenir plus intense aux époques menstruelles. Evidemment il est important de connaître ces écoulements qui passent souvent inaperçus. D'autre part il faut se garder de les confondre avec une prolongation de la sécrétion lactée.

On rencontre l'écoulement séreux dans certains cas de *mammite chronique* et particulièrement dans la forme décrite par Reclus. Néanmoins, dans ces cas, cet écoulement n'est pas constant.

Passons maintenant au *catarrhe de la glande mammaire*. Mintz a fait connaître sous ce nom au dixième Congrès des chirurgiens russes, une affection particulière qui se présente dans les conditions suivantes (1) : Chez une femme ayant généralement dépassé 30 ans, avant ou après la ménopause on voit s'établir en l'absence de tout symptôme prémonitoire, un écoulement chronique, par l'un des mamelons, d'une sérosité jaunâtre, écoulement qui, pendant des années, n'offre pas des variations quantitatives ni qualitatives et qui ne s'accompagne pas d'altérations apparentes de la glande mammaire elle-même, ni du côté de mamelon. Un autre auteur russe Isserson (de Petrozawodsk) a observé cette maladie. Nous citons cette maladie parce que, comme le prétend Mintz, l'écoulement change parfois de nature en devenant séro-sanguinolent ou sanglant et en donnant ainsi une indication très nette pour l'intervention.

En résumé, on voit que l'écoulement séreux ne présente qu'un intérêt médiocre au point de vue sémeio-

(1) Voir *Observation II de notre thèse*.

logique. Cependant, comme nous le verrons plus tard (1), cet écoulement survenant à l'état chronique chez une femme âgée de plus de 30 ans, même en l'absence de tout autre signe physique doit être surveillé, parce que, en changeant de nature et devenant hémorragique, il est d'un pronostic grave.

(1) Voir page 23.

CHAPITRE II

LES ÉCOULEMENTS SÉRO-SANGUINOLENTS

La question des écoulements séro-sanguinolents est beaucoup plus compliquée. L'accord des différents auteurs sur leur valeur séméiologique est loin d'être complet. Cela tient à notre avis à ce que les méthodes d'investigation des auteurs qui les ont décrites d'abord, étaient insuffisantes. En second lieu il faut tenir compte que la délimitation d'un écoulement séro-sanguinolent et purement sanglant reste très subjective tant qu'on n'emploie pas une méthode numérique (hemoglobinomètre)

Nous trouvons la première mention concernant l'écoulement séro-sanguinolent dans les leçons de clinique de Nélaton. Ce signe a été étudié par Adolphe Richard.

« Dans une des premières leçons que fit M. le professeur Nélaton à l'hôpital des Cliniques, dit Richard, il s'étendit longuement sur le diagnostic d'une tumeur volumineuse du sein droit dont l'extirpation allait être pratiquée. C'était une agglomération de kystes ; et le pro-

fesseur, après avoir insisté sur toutes les circonstances capables d'établir ce diagnostic, en trouva une dernière preuve dans l'existence d'un signe que chacun put constater quelques instants après, quand la femme fut sur le lit d'opérations : c'était l'*écoulement* par le mamelon d'un liquide sanguinolent. M. Nélaton n'avait pas chez cette malade reconnu ce symptôme par un simple effet du hasard. Il l'avait, au contraire, interrogée dans ce sens, ayant déjà, dit-il, remarqué plusieurs fois que dans les kystes multiples de la mamelle, on peut, en pressant les tumeurs, faire sortir par un des orifices des conduits lactifères une ou plusieurs gouttes d'un liquide brunâtre semblant à de la bière ou à du sang très fluide ».

Depuis, ce symptôme est mentionné par tous les auteurs qui se sont occupés des tumeurs du sein, et il a fait le sujet de plusieurs discussions dans les sociétés savantes. Richard avait considéré ce symptôme comme un signe de tumeurs bénignes, et cependant, dans les observations qu'il donne, on voit un adénome transformé en une tumeur maligne, et une autre, dont les symptômes se rapprochent singulièrement de ceux des épithéliomas papillaires ou dendritiques. Pour Broca ces écoulements démontrent l'existence d'un travail intérieur très défavorable. Pour d'autres auteurs l'écoulement sero-sanguinolent peut se rencontrer aussi bien dans les tumeurs malignes que dans les tumeurs bénignes. Comme le disent Labbé et Coyne, l'écoulement séro-sanguinolent par le mamelon ne fait reconnaître avec certitude qu'une seule chose, c'est que le processus morbide se passe dans le tissu glandulaire, et, comme l'immense

majorité des tumeurs du sein ont une origine glandulaire, il n'y a aucune valeur ni pour le diagnostic, ni pour le pronostic. Pour Cornil l'écoulement séro-sanguin ne signifie pas que la tumeur est de mauvaise nature. D'après cet auteur, le suintement sanguinolent s'observe non seulement dans les cancers mais aussi dans les faits de tumeurs bénignes, par exemple dans quelques fibro-adénomes et dans les fibro-adénomes papillaires avec ou sans kystes. A l'appui de cette assertion l'auteur donne une observation concernant un *adéno-fibrome* kystique du sein avec écoulement séro-sanguinolent par le mamelon, que voici :

Obs. I. — (COUDRAY et CORNIL). — Mme P., âgée de 54 ans, avait vu ses règles cesser définitivement en juin 1906. Quatre mois après, en octobre, elle notait une augmentation de volume des deux seins, accompagnée d'un certain degré de sensibilité, mais elle ne s'aperçut qu'en avril 1907 de la présence d'une tumeur dans le sein droit. Elle ne souffrait pas de ce sein, mais il y avait par le mamelon un écoulement minime blanchâtre, puis rosé, enfin noirâtre. Le mamelon est rentré en doigt de gant. La tumeur occupait la partie inférieure et externe, du volume d'un petit œuf de poule, dure, englobée dans la masse glandulaire et présentant par places les grains de plomb de la maladie de Reclus. Complètement mobile sous la glande, la tumeur tendait à adhérer à la peau ; du moins celle-ci ne glissait pas franchement sur la tumeur. Il n'y avait pas de ganglions dans l'aisselle. En comprimant la tumeur on faisait sourdre par le mamelon un liquide sanguinolent assez abondant. L'écoulement spontané du liquide se produisait à chaque instant, il n'avait aucune odeur. L'état général était satisfaisant. Le diagnostic de fibrome kystique, avec une poche princi-

pale et de petits kystes ne paraissant pas douteux, on essaya d'abord, à tout hasard, l'affection étant double, la compression jointe au traitement ioduré.

Pendant quelques semaines il parut donner un résultat appréciable, mais à la fin il fut évident qu'on n'obtiendrait rien de sérieux ; si dans son ensemble, la glande avait diminué de volume, l'écoulement par le mamelon persistait.

Examen histologique. Mamelon. — Nous avons fait des coupes transversales du mamelon comprenant à la fois la peau et la section transversale de la partie centrale...

En examinant les conduits galactophores on voit qu'il y a entre eux certaines différences, suivant qu'on examine le mamelon près de sa pointe ou à sa base. En effet, dans les coupes voisines de la pointe, on peut voir un seul canal galactophore tapissé d'un épithélium pavimenteux, tandis qu'en se rapprochant de la base, les canaux galactophores, au nombre de sept, huit ou davantage, sont toujours tapissés d'épithélium pavimenteux ou cylindrique. Presque tous ces derniers canaux galactophores présentent des plis ou des villosités fines, et alors les cellules de revêtement de ces plis ou de villosités sont cylindriques, assez longues et forment une seule couche. Ces canaux galactophores nous ont paru plus larges, plus plissés qu'à l'état naturel et leurs cellules sont également plus allongées que normalement.

Sur les coupes de la tumeur principale, on constate que le tissu conjonctif du sein est très épais et fibreux. Les acini mammaires présentent des culs-de-sac souvent très dilatés. Tous les acini offrent une infiltration leucocytaire du tissu conjonctif intra-acineux. Les culs-de-sac dilatés de quelques acini ont un diamètre relativement considérable ; ils sont tapissés alors de cellules nettement cylindriques, assez longues, à noyaux volumineux, à protoplasme abondant. Ces culs-de-sac dilatés contiennent, soit des cellules détachées et du mucus, soit du sang. Le sang se présente en nature avec des globules rouges, ou bien sous forme de pigment rou-

géatre, infiltrant des cellules épithéliales tombées au milieu du cul-de-sac. Dans certains acini, le canal galactophore central est très dilaté, d'aspect végétant, papillaire, avec une grande quantité de cellules cylindriques, les unes sur les autres, ou le long du filament papillaire. Enfin, dans ces mêmes préparations se trouvent des cavités kystiques, plus ou moins considérables, tapissées par de l'épithélium pavimenteux ou cylindrique. Bien que les cellules contenues dans les culs-de-sac dilatés soient très volumineuses, bien que ces culs-de-sac soient entourés par un tissu conjonctif infiltré de leucocytes, il n'y a pas de cellules épithéliales dans ce tissu enflammé ; la lésion est donc restée limitée au contenu des canaux excréteurs de la glande.

Un des points les plus intéressants de l'examen de cette tumeur consiste dans le contenu sanguin et pigmenté des culs-de-sac dilatés. Dans ceux-ci, en effet, il peut y avoir une quantité des globules rouges et des grosses boules contenant des globules rouges dans une cellule épithéliale devenue sphérique. Dans ces culs-de-sac très dilatés, l'épithélium qui les tapisse est aplati au lieu d'être cylindrique. Les hémorragies dans les culs-de-sac dilatés des acini sont intéressantes à noter en relation avec l'écoulement sanguinolent du mamelon. Dans certains acini, l'infiltration par des leucocytes mononucléaires est extrêmement abondante, et il en résulte que le volume des acini est très augmenté. Malgré la lésion inflammatoire du tissu conjonctif et des glandes, la paroi propre des culs-de-sac est parfaitement conservée et souvent même est épaissie dans les acini les moins malades.

Une deuxième série de coupes passe par une partie de la tumeur qui était blanche et assez ferme. Là, nous avons vu surtout un tissu cellulo-adipeux, fibreux au milieu duquel il y a des acini normaux ou par place avec culs-de-sac dilatés, et contenant d'assez grosses cellules épithéliales. Dans cette partie passent aussi de grands canaux galactophores tapissés d'épithélium cylindrique long. Dans certains culs-

de-sac on trouve du sang. Les parois propres des culs-de-sac sont conservées ou même augmentées d'épaisseur.

Une troisième série de coupes est faite dans une partie où il y avait des cavités visibles à l'œil nu. Sur des coupes très minces de cette partie nous avons surtout observé des lésions des canaux galactophores ; c'étaient ces derniers qui montraient les cavités susdites. Leur surface interne et leur lumière présentaient des cellules cylindriques très volumineuses implantées régulièrement ou par végétations pseudo-papillaires sur la paroi. A la base de cette paroi, il y avait, appliquée contre elle une rangée de petites cellules aplaties ou cubiques, puis des cellules cylindriques volumineuses, à gros noyau, les unes sur les autres ou disposées en une seule couche. Le contenu du canal montrait une quantité considérable de cellules cylindriques détachées, en amas, et ayant presque toutes conservé leur noyau bien coloré et vivant. A côté de ces grands canaux, et communiquant avec eux, les acini offraient des culs-de-sac, tantôt de volume normal, mais avec une couche de grandes cellules cylindriques, tantôt dilatés, contenant dans leur intérieur du sang ou de grandes cellules cylindriques en une ou plusieurs rangées, dont quelques-unes étaient détachées dans l'intérieur du cul-de-sac. Les plus petits culs-de-sac contenaient souvent du mucus. Tous ces culs-de-sac avaient une paroi très nette.

En examinant l'observation précédente il faut remarquer que les auteurs n'indiquent pas nettement le caractère de l'écoulement survenu chez leur malade. Ils le décrivent comme « rosé, noirâtre, sanguinolent », ce qui nous fait penser qu'il s'agit là d'un écoulement séro-sanguinolent, et non pas de sang pur. Ainsi cette observation ne se trouve en aucune contradiction avec l'assertion de M. le Professeur Delbet, à qui vient le mérite

d'avoir insisté pour la première fois sur la nécessité de faire des distinctions suivant la nature de l'écoulement qui peut être une *sérosité* teintée par le sang ou même du sang. C'est pour cette seconde variété que M. Delbet réserve un pronostic sévère, comme nous le verrons dans le chapitre suivant.

En ce qui concerne l'adéno-fibrome kystique, dont nous venons citer une belle observation, on y rencontre souvent l'écoulement séreux et séro-sanguinolent qui ne présente pas d'indication opératoire, parce que le pronostic de l'adéno-fibrome kystique est en général bénin. Il est pourtant important à noter au point de vue pratique la tendance assez considérable des adénomes kystiques à évoluer vers la dégénérescence maligne (cancéreuse). D'après Saar cette dégénérescence se rencontre dans 10 à 50 p. cent des cas.

En résumé, la question des écoulements séro-sanguinolents dans leur relation avec le pronostic n'est pas complètement élucidée. Nous adopterons la formule admise généralement à l'heure actuelle, à savoir : l'écoulement séro-sanguinolent, dit écoulement d'Adolphe Richard est en relation avec les mastites chroniques et certains fibro-adénomes kystiques ; il ne comporte aucune indication opératoire.

Néanmoins nous faisons la réserve suivante. D'après les recherches de plusieurs auteurs (Brissaud, Klotz, Saar, Sicre, Trelat et Tillaux) on peut arriver à cette conclusion que toutes les fois que l'écoulement séreux devient séro-sanguinolent, c'est-à-dire qu'il s'y surajoute un écoulement plus ou moins considérable de sang, on

peut mettre en évidence, par l'étude microscopique, des anomalies, qui ne sont pas toujours malignes, mais en présence desquelles il faut songer à la possibilité d'une tumeur maligne.

CHAPITRE III

LES ÉCOULEMENTS DE SANG PUR

Les écoulements de sang par le mamelon sont relativement rares. Ils ne relèvent pas tous de la même origine étiologique, mais dans la majorité des cas ils présentent les mêmes indications opératoires. Néanmoins nous ne pouvons pas passer à l'étude de ces écoulements justifiables d'une intervention chirurgicale, avant d'avoir mentionné des cas, il est vrai, très rares, d'hémorragies par le mamelon d'origine hystérique, hémophilique, etc., etc.

Chipault a publié l'observation d'une malade hystérique chez laquelle il y avait des écoulements sanguins par le mamelon alternant avec des épistaxis, des hématomèses, et coïncidant avec un arrêt des règles, en dehors de toute grossesse. Elle présentait, en outre d'hémorragies sous-cutanées, des écoulements sanguins par oreille gauche. Tel est le fait plus ancien d'Ambroise Paré : « une femme de Chasteaudun rend ses menstrues par les

mamelles avec une telle quantité, que tous les mois elle gâte trois ou quatre serviettes ». D'autres observations ont été apportées par Magnus Hüß, Pinel, etc. Moraller cite trois observations de Lambinon, Ziegenspeck et Hirschberg, des hémorragies par le mamelon coïncidant avec l'arrêt des règles, survenant soit pendant la période de lactation, soit en dehors de la lactation sans aucune cause clinique évidente. On trouve encore les écoulements de sang chez les hémophiles. Il est possible que les suctions répétées soient une cause occasionnelle d'écoulement de sang chez les femmes prédisposées. Il faut considérer comme exceptionnels les cas de Sasse où le contenu sanguin d'un kyste non malin était dû à une petite rupture vasculaire de la paroi et celui de Schield où malgré le contenu sanguin, l'examen histologique de la paroi ne montra aucune végétation épithéliomateuse.

D'après A. Baumgartner c'est à l'hystérie, à l'hémophilie, que s'adressera la thérapeutique médicale, quand l'examen local n'aura fait découvrir ni épithélioma intracaniculaire, ni fissure ou ulcération du mamelon, qui puissent expliquer la cause de l'hémorragie et être traités chirurgicalement. Cette assertion ne se soutient plus aujourd'hui. M. Delbet a diagnostiqué tumeur maligne chez une femme qui n'en présentait aucun symptôme sauf l'écoulement de sang pur par le mamelon, l'examen histologique a confirmé ce diagnostic. Nous y reviendrons tout à l'heure.

En examinant les observations relatives à l'écoulement de sang par le mamelon, on peut constater que cet écou-

lement survient soit à l'absence de toute tumeur appréciable, soit qu'il accompagne une tumeur préexistante. En ce qui concerne le caractère de bénignité ou malignité de ces tumeurs l'accord n'est pas complet. Nous verrons néanmoins que malgré la divergence de vue sur ce sujet, tous les auteurs croient à l'opportunité de l'intervention chirurgicale très large chaque fois qu'il se produit un écoulement de sang pur par le mamelon.

Nous citerons tout d'abord les 2 observations de Mintz. Ces observations sont caractérisées par ce fait, que l'écoulement de sang y apparaît longtemps avant l'apparition d'une tumeur appréciable. L'apparition de la tumeur conduit l'auteur à faire dans les 2 cas l'amputation large de la mamelle. On constate la présence de tumeurs malignes dans les deux cas.

Observation II. — (MINTZ). — Une malade, âgée de 53 ans, chez laquelle la ménopause remonte à 10 ans. Il y a 3 ans il commence à s'écouler du mamelon droit un liquide jaunâtre séreux. A la fin de la troisième année l'écoulement séreux devient sanguinolent, puis il cesse ; en même temps dans le segment supéro-interne du sein la malade constate la présence d'une tumeur. Le mamelon est normal. Sur la coupe microscopique (après l'amputation) la glande présente les phénomènes d'involution sénile. On ne voit que d'une place à l'autre les îlots qui se sont conservés, et qui ressemblent au tissu glandulaire, le reste est remplacé par du tissu adipeux. L'examen microscopique de la tumeur démontre l'existence d'un cancer typique.

Observation III. — (MINTZ). — Il s'agit d'une femme de 66 ans, chez laquelle la ménopause remonte à 18 ans. Une

dizaine d'années après, il commence à se montrer du sang au niveau du sein gauche. Le phénomène ne se produit d'abord qu'une fois par an, persistant chaque fois pendant 2 jours ; puis il devient plus fréquent. Le sang est noir, et l'écoulement ne s'accompagne point de douleurs. Sur ces entrefaites, deux ou trois mois après la disparition de l'écoulement, la malade constate, dans son sein gauche, l'existence d'une tumeur solide. Bientôt le sang se montre, d'ailleurs, de nouveau, et depuis, l'écoulement se renouvelle à plusieurs reprises. On pratique l'extirpation du sein. L'examen microscopique met en évidence, par endroits, le tableau typique d'un fibro-adénome avec dégénérescence muqueuse de sa trame de tissu conjonctif. Dans d'autres parties, on constate une prolifération de l'épithélium, et, enfin, dans le tissu de la glande, on rencontrait, quoique rarement, des îlots de véritable sclérose, sous forme des groupes de cellules cancéreuses, situés entre les faisceaux fibreux (Squirrhe).

L'observation II est intéressante à ce point de vue qu'au début l'écoulement est franchement séreux. D'après Mintz, il s'agit là, comme dans d'autres observations (1) qu'il présente, d'un « catarrhe de la glande mammaire », qui très souvent précède l'écoulement hémorragique. Cet auteur se croit autorisé à en conclure que les deux variétés d'écoulement relèvent d'un seul et même processus morbide qui se passe dans la glande mammaire, à savoir d'une prolifération plus ou moins intense, à caractère épithélial, portant sur les lobules et sur les conduits glandulaires.

Le fait qu'un écoulement séreux devient sanglant

(1) Il en donne 5 semblables.

doit faire penser que le processus d'involution sénile de la glande mammaire s'effectue suivant un type anormal, et alors on ne saurait guère préjuger la forme que pourra revêtir la prolifération de l'épithélium. Cela étant, dit Mintz, on comprend que, en pareille occurrence, l'extirpation du sein s'impose. Il importe, par conséquent, de surveiller de très près les glandes mammaires de femmes ayant dépassé 30 ans et, en particulier, de celles qui présentent un écoulement de sérosité par le mamelon. Aussitôt que cette sérosité fait place à un écoulement sanguinolent, on ne doit pas hésiter à intervenir : il y aurait là un moyen d'assurer, dans une certaine mesure, la prophylaxie du cancer du sein chez la femme.

Nous passerons maintenant à l'étude de l'observation de Cornil et Peraire. D'après cette observation les auteurs se croient en droit de conclure que l'écoulement de sang ne veut pas dire existence d'une tumeur maligne. Néanmoins nous croyons justifiées les remarques suivantes : 1° l'examen histologique n'était peut-être pas très complet et pouvait faire passer inaperçu quelques îlots de tumeur maligne ; 2° ces auteurs la considèrent eux-mêmes comme suspecte ; 3° les auteurs ont procédé à l'amputation du sein atteint. Nous concluons de ces faits que la valeur séméiologique de l'écoulement de sang cité dans cette observation est absolument identique aux conclusions de M. Delbet, malgré la nature bénigne probable de la tumeur.

Observation IV. — (CORNIL et PÉRAIRE). — Il s'agit d'une femme de 34 ans. La tumeur fusionnée avec la glande, est bosselée, mais sans adhérences profondes ; elle s'accompagne de petits ganglions dans l'aisselle et d'un écoulement sanguinolent assez abondant par le mamelon.

L'examen de la tumeur enlevée montre que le mamelon est long et dur. *Ecoulement du sang par le mamelon.* Cet écoulement se produit en pressant sur la glande mammaire ; on se rend compte que ce sang sort par une cavité placée dans le mamelon ; il est difficile de distinguer à l'œil nu s'il s'agit d'un vaisseau ou d'un gros canal galactophore. Sur une coupe qui comprend la partie indurée du sein, on voit une masse dure, ferme, donnant du suc au raclage, de sorte qu'il serait difficile de savoir s'il s'agit d'un cancer ou d'un fibroadénome.

Au-dessous du mamelon il existe une grande quantité de kystes ayant de 2 à 3 millimètres de diamètre. Ces kystes contiennent un liquide grisâtre qui, examiné au microscope, dénote une extrême abondance de leucocytes.

Examen histologique. — Nous avons examiné d'abord la partie indurée, volumineuse, compacte, grosse comme un œuf, et nous y avons vu :

1^o Une grande quantité de tissu conjonctif ferme, fasciculé, au milieu duquel se trouvent des acini glandulaires plus ou moins hypertrophiés. Les uns sont petits, avec des culs-de-sac également petits et normaux. Dans les autres, les culs-de-sac sont très volumineux, kystiques, et dans certains, le tissu conjonctif intra-acineux, qui entoure les culs-de-sac, présente une grande quantité de cellules conjonctives hypertrophiées, attestant une inflammation de l'acinus. Partout les membranes propres des culs-de-sac sont conservées.

2^o En outre des lésions des acini, nous avons vu des conduits galactophores dilatés et transformés en des kystes plus ou moins volumineux. Avec un fort grossissement, les cel-

lules contenues dans les culs-de-sac se rapprochent de la forme cylindrique et elles sont multipliées.

Les ganglions de l'aisselle ne présentent d'autre lésion que celle d'une inflammation chronique.

Cette tumeur était donc bénigne, mais comme elle *n'avait pas nettement les caractères de la bénignité*, comme au contraire elle était diffuse, fusionnée avec la glande, comme elle s'accompagnait de ganglions axillaires et d'écoulement sanguin par le mamelon, *nous devons la tenir pour suspecte.*

Enfin, nous citerons en dernier lieu quelques observations très caractéristiques, par ce qu'elles confirment l'opinion de M. Delbet, émise pour la première fois dans son article sur la Mamelle : « Les écoulements muqueux, lactiformes, n'ont aucune espèce de valeur comme le dit Billroth, ils se produisent dans tant de tumeurs qu'on n'en peut rien conclure. Mais il n'est pas de même, à mon avis, des écoulements fortement teintés par le sang, ni surtout *des écoulements de sang pur. Ceux-là me paraissent comporter un pronostic grave : ils sont en rapport avec des tumeurs épithéliales, ou des tumeurs en train d'évoluer vers le type épithélial.* Et même l'écoulement de sang pur, survenant d'une manière spontanée, me paraît être dû presque toujours aux épithéliomas dendritiques ».

La rareté relative de l'écoulement sanguin qui peut relever des différentes causes, justifie la description la plus minutieuse de chaque cas observé, parce que ce n'est que par l'accumulation et par une étude critique approfondie d'un grand nombre de cas observés de près et bien étudiés au point de vue anatomique, qu'on pourra

mettre plus de lumière dans ce domaine bien sombre encore de la pathologie de la glande mammaire.

Nous citons tout d'abord l'observation très complète et très précise présentée par MM. Delbet et Herrenschmidt à l'Association Française pour l'étude du Cancer. Cette observation est très intéressante parce que, grâce au diagnostic précoce, basé uniquement sur l'existence d'un écoulement de sang pur, on a pu enrayer, dès le début, le développement d'un épithélioma. Nous joignons ensuite quelques observations qui ne servent que de complément de cette observation.

Observation V. — (PIERRE DELBET et A. HERRENSCHMIDT).

PIERRE DELBET. — Je voudrais vous exposer le côté clinique d'un cas d'épithélioma dendritique du sein sur lequel M. Herrenschmidt vous donnera des renseignements histologiques.

Le côté clinique a une grande importance pratique.

Une femme de 47 ans entre dans mon service racontant qu'elle a depuis quelque temps un écoulement de sérosité plus ou moins roussâtre par le mamelon gauche. Le 10 novembre 1921, l'écoulement change de nature. C'est du sang qui paraît et tache le linge. Sa quantité est peu considérable, mais la couleur rouge vif frappe la malade, la préoccupe, et c'est pour cela qu'elle vient à l'hôpital 4 jours après la petite hémorragie.

La palpation révèle l'existence de petits nodules de mammites chroniques, mais il n'y en a pas plus dans le sein gauche origine de l'écoulement que dans le sein droit. Dans l'aisselle, deux ou trois petits ganglions sans caractères.

Certes on ne trouve rien dans le sein, qui commande une intervention quelconque. Mais il y a eu par le mamelon un écoulement de sang pur.

Les écoulements de sérosité, dits écoulements d'Adolphe Richard, sont en relation avec les mammites chroniques : ils ne comportent aucune indication opératoire.

Tout autre est la signification des écoulements de sang pur. Ils doivent faire faire le diagnostic d'épithéliome dendritique endocanaliculaire. La malignité de cette variété de tumeur est atténuée, mais c'est une tumeur maligne : elle commande l'amputation du sein.

Cette opération paraît tout à fait disproportionnée avec les symptômes. Enlever tout le sein simplement parce que le mamelon a donné issue à quelques gouttes de sang, c'est imposer à la malade un bien gros sacrifice. C'est cependant ce que l'on doit faire dans son intérêt. L'opération ainsi pratiquée au stade initial assure une guérison définitive.

J'ai donc amputé le sein : et bien que les ganglions axillaires ne présentassent pas le caractère néoplasique, j'ai fait en même temps le curage complet de l'aisselle.

L'étude de l'organe enlevé a montré des faits du plus haut intérêt. Nous avons trouvé l'épithéliome dendritique dont M. Herrenschmidt vous donnera les caractères histologiques.

En outre, et ceci me paraît avoir la plus grande importance, nous avons trouvé deux autres points en évolution nettement cancéreuse. Ainsi il y avait plusieurs centres de formation cancéreuse.

Dans ce cas, comme il était impossible de savoir laquelle des petites nodosités avait saigné, on ne pouvait que s'abstenir ou enlever tout le sein. Mais parfois, on perçoit une nodosité plus grosse, généralement proche du mamelon, sous-aréolaire et on pourrait être tenté de se borner à l'enlever. La multiplicité possible des centres me paraît commander dans ces cas l'ablation totale du sein. C'est sur ce point qu'il me paraît utile d'insister.

M. A. HERRENSCHMIDT. (Etude histologique). — La tumeur dont M. Pierre Delbet vous a exposé précédemment l'histoire clinique et les premiers résultats de l'examen histolo-

gique, était un épithélioma dendritique intracanaliculaire, de forme polypeuse.

L'étude complète de cette pièce que je vous apporte aujourd'hui a été longue, mais pleine d'enseignements.

A. — Voici d'abord la structure d'un fragment qui avait été prélevé dans la masse de la glande mammaire (granuleuse au palper, comme d'ailleurs celle du côté opposé) à 4 ou 5 centimètres du mamelon.

Substratum fibreux assez grossier entremêlé de zones adipeuses, dans lequel cheminent quelques vaisseaux (surtout de petit calibre), un nerf. Ce tissu fibreux n'est pas au repos ; il est constellé d'une quantité inaccoutumée de noyaux autochtones, la plupart fuselés et minces, coupés suivant toutes les incidences ; d'autres cellules connectives, parsemées dans la zone péri-acineuse plus lâche des grappes sécrétantes, sont plus volumineuses, accompagnées de quelques éosinophiles à noyau rond, de quelques rares cellules plasmatiques et peut-être de quelques lymphocytes. Ces constatations permettent d'affirmer un *état sub-inflammatoire diffus*, discret et assez particulier.

Dans le fond ainsi constitué, les parties nobles de la glande apparaissent sous la forme de groupements d'acini de 12 à 40 cavités sécrétrices d'apparence en général normale : une rangée de cellules épithéliales cubo-cylindriques, doublée d'une manière inconstante et discontinue par une deuxième rangée basilaire de cellules plus basses, comprimées entre les pieds des premières et l'épaississement connectif basal ; les deux assises ont les mêmes caractères nucléaires. La lumière centrale est libre, ou bien remplie par une sécrétion acidophile homogène ou granuleuse.

Les acini n'apparaissent pas dilatés. Les cavités plus larges appartiennent à des conduits excréteurs, reconnaissables à leur revêtement plus régulièrement cylindrique et parfois à leur forme cabossée.

J'en aurais fini avec la description générale de la glande,

s'il ne s'était trouvé dans un coin des préparations trois cavités, pas plus grosses qu'une piqûre d'aiguille, qui répondent exactement au type idrosadénique de Letulle. Leurs éléments violemment acidophiles, grossièrement granuleux, parfois vacuolaires, quatre à six fois plus volumineux que les cellules d'acini, pourvus d'un noyau sphérique ponctué lui-même d'un ou de deux gros nucléoles, — sont rangés autour de la cavité avec des formes cylindriques, ovoïdes ou bien en massue.

L'aptitude végétative de ces cavités est très remarquable : car on ne trouve les cellules alignées en palissade que sur de faibles étendues du pourtour, tandis que 8, 10, 15 bouquets dendritiques simples, soutenus par un axe conjonctif grêle, s'élèvent dans la lumière de la cavité.

Les cellules acidophiles reposent sur une assise dont les caractères varient suivant l'incidence plus ou moins normale du plan de coupe par rapport à la tranche équatoriale de la cavité. Sur la coupe voisine de la normale une très mince bande (rosée par l'érythrosine-safran), homogène, garnie intérieurement de renflements en dents de scie, ou bien des renflements seuls (avec ou sans noyau) en manière de chapelet se trouvent interposés entre la basale connective et les grosses cellules acidophiles ; — sur la coupe plus ou moins tangente, les éléments qui sont interposés apparaissent allongés, étirés en filaments parallèles entre eux, obliques par rapport aux deux plans qui les limitent, pourvus ou non d'un noyau : ce sont des *cellules myo-épithéliales*.

B. — L'examen de la *région sous-aréolaire* ne donna pas de suite un résultat complet. Le fragment prélevé, inclus en deux blocs de paraffine, fut coupé comme l'indique le schéma ci-contre (v. figure 1).

Les premières coupes, faites suivant la flèche I du schéma, montrèrent un canal énormément dilaté renfermant une végétation dendritique luxuriante sans connexions avec la paroi, trois ou quatre autres canaux dilatés et déformés mais

vides, le tout plongé dans un tissu qui répond à la description donnée plus haut, sauf qu'autour du galactophore dilaté les vaisseaux capillaires sont plus nombreux qu'ailleurs.

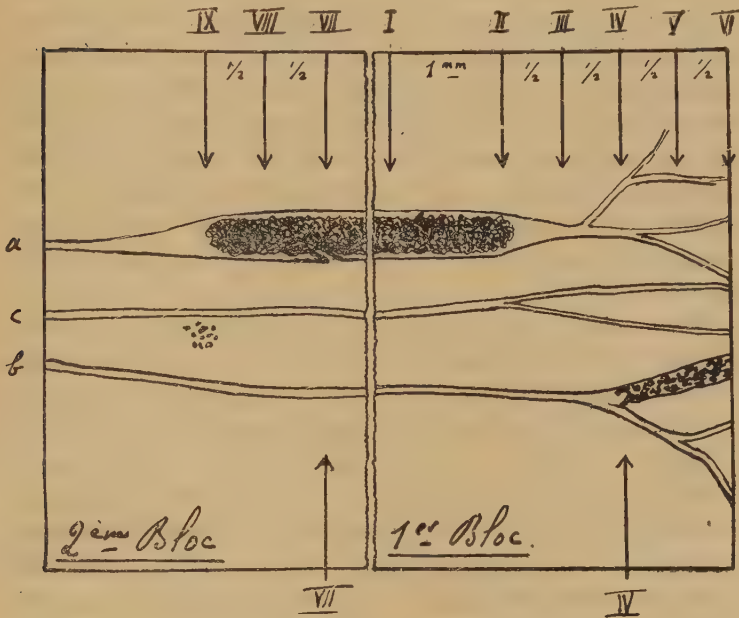


FIG. 1. — Schéma établi afin d'expliquer la marche suivie pour la confection des coupes, et la reconstitution de toute l'épaisseur du tissu coupé. Il ne donne des dimensions exactes que dans le sens surface profonde ; le calibre des conduits est par contre très réduit par rapport à la réalité. (Extr. de *Bullet. de l'A. F. p. l'étude du cancer*).

Il était intéressant de rechercher le pédicule de ce papillome dendritique : les coupes restèrent analogues jusqu'au plan II (situé à 200 coupes, c'est-à-dire à 1 millimètre environ de I) où le polype cessait d'exister. La série des coupes fut encore poursuivie : entre les flèches III et IV, les conduits étant devenus plus nombreux et tous de moindre calibre, il était évident que nous remontions le courant ; mais la constatation de végétations dans un conduit différent ou affluent

du premier, nous mena jusqu'à l'épuisement du bloc et à la découverte d'un nouveau et important centre de prolifération qui s'étend des flèches IV à VI sur une longueur d'un millimètre à peu près.

Dans le second bloc de paraffine, nous retrouvâmes tout de suite le gros canal rempli par sa végétation et bientôt, au niveau des flèches VII, le pédicule assez grêle, puisqu'il fut traversé en 40 coupes environ de 5 μ d'épaisseur. — En VIII les coupes étaient semblables à celles vues dans le premier bloc entre I et II. — En IX, la petite tumeur pédiculée était dépassée, mais un nouveau centre végétatif avait fait son apparition au voisinage d'un conduit excréteur (c. du schéma).

C. — *La tumeur polypiforme papillomateuse.* — Le canal dilaté et ovalaire mesure 5 1/2 millim. dans son grand axe. Il est presque entièrement rempli par la végétation, et son revêtement est cubo-cylindrique ou aplati suivant les segments du pourtour ; le conjonctif est à peine condensé alentour. Le pédicule est relativement court et trapu ; d'innombrables végétations dendritiques s'en détachent, elles-mêmes ramifiées à l'infini. Coupé dans l'axe du pédicule, le polype pourrait être comparé pour l'aspect général à un saule (v. fig. 2).

La partie en apparence lourdement charpentée du tronc est en réalité assez légère : quelques trousseaux fibreux cotoyés par un ou deux vaisseaux capillaires, des bandes longitudinales d'hémorragie interstitielle et enfin un boyau de cellules épithéliomateuses qui n'arrive pas jusqu'à la racine du pédicule.

La moitié supérieure, renflée, du tronc est presque inconsistante : sous l'écorce conjonctive sur laquelle prennent appui les ramifications, la partie centrale se compose seulement de quelques fibres connectives, de cavités à revêtement épithélial, de quelques capillaires et d'un exsudat séro-sanguinant.

La figure 2 (faible grossissement) donne une excellente idée de la configuration générale des arborescences, dont la description détaillée serait oiseuse. Il suffira de dire que des végétations, plus ou moins grêles, s'entranastomosent, formant des cavités en quelque sorte accidentelles, et que d'autre part des bourgeonnements creux s'enfoncent et s'isolent dans l'épaisseur des axes de soutien, sous la forme de cavités closes.

Dans l'ensemble les épithéliums de couverture des végétations sont bas, cubiques ou même aplatis, tandis que ceux des cavités isolées sont cubo-cylindriques ou même cylindriques, sur une seule assise ou sur deux, l'assise profonde étant constituée de cellules plus basses et claires (1). Certaines végétations sont absolument criblées de petites cavités épithéliales, si bien que le support conjonctivo-vasculaire n'est plus représenté que par un réseau connectif insignifiant.

A côté des cavités précédemment décrites, dont l'épithélium n'offre rien de très remarquable, il en existe quelques autres, toutes intra-axiales, où les cellules de revêtement sont devenues hypertrophiques, boursoufflées, granuleuses et très acidophiles : cellules et noyaux sont *comparables à ceux des cavités idrosadéniques* ; mais il n'y a pas de couche myo-épithéliale. En outre, comme le montre bien le cartouche de la figure 2, les grosses cellules acidophiles se voient dans certains petits kystes en continuité directe avec un revêtement cubique banal ; elles sont donc non seulement néoformées, mais elles dérivent de toute évidence de l'épithélium ordinaire.

Deux particularités méritent encore d'être signalées au point de vue de la structure des végétations dendritiques, notam-

(1) DURANTE et ROULLAUD. Adéno-fibrome du sein en évolution maligne, in *La Gynécologie*, juillet 1921. Y lire l'interprétation de Durante.



FIG. 2. — Vue générale à un Gr. 15/1 de l'épithélioma dendritique polypiforme : et dans le cartouche, dédifférenciation idrosadénoïde de deux cavités néoformées, situées dans le renflement du pédicule (Bouin. — Hémat. Erythr. Safran). (Extr. de *Bullet de l'A. F. p. l'étude du cancer*).

ment des plus éloignées du tronc : certaines ressemblent à un morceau de dentelle ; de l'œdème interstitiel a dilaté l'axe et disloqué ses éléments constitutants qui apparaissent à la fois étirés, boursoufflés et vacuolaires ; — sur d'autres, le revêtement cubique de surface prend, particulièrement aux extrémités libres, un aspect polyédrique (2) qui rappelle celui des cellules pavimenteuses de la vessie ; il peut se stratifier ; — il existe enfin quelques petites végétations dans lesquelles il devient véritablement difficile de discerner, parmi les cellules qui occupent leur axe œdématisé, lesquelles proviendraient de l'épithélium polyédrique et lesquelles sont connectives, gonflées dans la sérosité ambiante.

D. — En dehors du papillome épithéliomateux ainsi décrit, j'ai signalé au début que les coupes avaient révélé *deux autres centres d'origine* de tumeur. La figure 3 est prise dans un plan voisin du plan des flèches IV. Quatre conduits excréteurs se rencontrent là, dilatés et déformés. Celui qui est situé en haut de la figure s'est cloisonné par l'anastomose de quelques végétations fines. Dans les cavités secondaires ainsi formées, on peut voir s'élever de nouvelles végétations, dont l'une est épaisse et creusée de cavités acineuses. L'épithélium des deux cavités de ce groupe le plus bas situées marque une tendance acidophile du protoplasme, mais les éléments cellulaires sont (encore ?) peu volumineux et point comparables aux idrosadénoïdes de la figure 2. — L'activité proliférative de ce canal est manifestement du même ordre que celle constatée pour le papillome ; et il convient de noter que ce deuxième centre de prolifération dendritique, plus diffus, mais toujours intracanaliculaire, s'étend du plan IV au plan VI, c'est-à-dire sur une étendue d'un millimètre au minimum. Les coupes passant au niveau de la flèche VI montrent l'extrémité supérieure du même noyau néoplasique. C'est dans ce plan qu'a été choisie la végétation représen-

(2) Métaplasie de défense contre le frottement ?



FIG. 3. — La vue d'ensemble montre en haut la situation du deuxième centre d'origine et son cloisonnement. Le cartouche du bas représente une partie du même à un meilleur grossissement : végétations touffues criblées de formations acineuses. Dans le cartouche à pan coupé, une partie du troisième centre : prolifération atypique. (Bouin. — Hémat. Erythr. Safran). (Extr. de *Bullet. de l'A F.* p. l'étude du cancer).

tée dans le cartouche carré au bas de la figure 3. Elle est relativement compacte, criblée de cavités acineuses avec peu de tissu de soutien. C'est l'image d'un épithélioma typique.

Les coupes du bloc n° 2 ont conduit à la découverte d'un *troisième centre d'origine* dans le plan de la flèche IX, où se termine aussi, en aval, le papillome. Ce centre est lui-même multiple, constitué par une quinzaine de petits canalicules groupés côte à côte, dont l'épithélium végète singulièrement ; la plupart offrent l'aspect représenté dans le cartouche à pan coupé de la figure 3, deux sont entièrement remplis par l'épithélium proliféré. — Les caractères histologiques sont ici différents. Le revêtement — en apparence normal — comprend deux ou trois assises de cellules cubiques et cylindriques assez claires (petits conduits excréteurs). Les végétations sont très peu découpées, massives et ne renferment pas d'axes conjonctivo-vasculaires ; elles sont composées de petites cellules tassées, sans caractères morphologiques ni cytologiques notables. Abstraction faite, au point de vue pratique, de la situation de ces bourgeons dans l'intérieur de conduits à parois intactes, on se trouve en présence d'un épithélioma atypique.

*
* *

Résumé. — Les faits essentiels à retenir sont les suivants :

a) Etat subinflammatoire du tissu de soutien dans une grande étendue de la mamelle : hyperplasie insignifiante ou nulle des éléments glandulaires ; présence de trois cavités idrosadéniques. — b) Dans la région strictement sous-aréolaire, trois centres indépendants et endocaniculaires de végétation néoplasique : un papillo-épithéliome polypiforme pédiculé, un épithéliome diffus dendritique, l'un et l'autre dans l'intérieur de gros canaux non forcés, un troisième formé par le groupement de quelques canalicules bourrés de bourgeons épithéliomateux atypiques. Dans les trois centres, la prolifération a un caractère cancéreux évident, mais avec

des modalités différentes au point de vue architectural et cytologique. — c) Remarque histologique : les cavités *idrosadéniques vraies*, d'ordre dysembryoplastique, sont par exemple celles que j'ai décrites à la fin du paragraphe A. Il importe de les distinguer des cavités *idrosadéniques fausses*, d'ordre néoplasique, comme par exemple celles que j'ai trouvées dans le papillo-épithéliome pédiculé, qui marquent une différenciation dans le sens ancestral ou sudoripare. Les premières possèdent généralement une assise myo-épithéliale reconnaissable, parfois très belle, les secondes n'ont pas de couche myo-épithéliale. — Les unes comme les autres peuvent, dans un même kyste, présenter de l'*épithélium ordinaire en continuité avec l'épithélium acidophile*. Mais dans un cas (dysembryoplasie), il faut admettre que l'épithélium acidophile a réalisé partiellement une tendance différenciatrice naturelle, dans l'autre cas (néoplasie), l'épithélium acidophile représente une rétrodifférenciation sudoripare partielle et incomplète de l'épithélium adulte. — J'ai vérifié de semblables faits depuis quelques mois dans une série de cas et je crois logique l'interprétation que je propose.

Au point de vue pathogénique, l'inflammation précancéreuse a été principalement canaliculaire et localisée depuis la plus longue durée de temps dans les conduits de la région directement sous-aréolaire. C'est dans cette région assez limitée que se sont trouvés, en effet, les trois centres simultanés d'origine, le plus malin par sa structure atypique étant aussi le moins profondément situé. Cependant cette infection ou toxi-infection qui semble monter dans les voies excrétrices, n'a pas encore touché les portions sécrétantes de la glande ; le substratum fibreux a néanmoins réagi jusqu'à 5 cm. au moins du mamelon sous l'influence, peut-être, d'une diffusion toxique par la circulation interstitielle.

Le début pluricentrique possible des tumeurs n'est pas une notion qui soit encore universellement admise : notre cas fournit de sa réalité une nouvelle et éclatante démonstration.

Enfin ce cas explique une partie au moins des faits de *constitution disparate de certaines tumeurs épithéliomateuses*. Il n'est pas exceptionnel de rencontrer dans une tumeur, voire dans un champ microscopique, deux variétés cellulaires qui prolifèrent en lobes ou boyaux plus ou moins intimement intriqués : c'est le stade avancé d'une tumeur qui a débuté dans un organe par deux ou plusieurs centres d'origine, lesquels ont végété et conflué en conservant chacun son caractère propre, que la variété soit d'ordre topographique (par exemple type excréteur et type sécréteur) ou d'ordre évolutif (par exemple forme typique issue d'un centre, atypique issue d'un autre centre).

D'autres faits de structure dishomogène sont la conséquence de processus différenciateurs ou d'évolutions cellulaires inégalement poussés dans des zones diverses d'une tumeur unicentrique. D'autres faits de structure disparate s'expliquent enfin par les variations qu'une portion de tumeur primitivement homogène a pu subir par suite d'influences extérieures intercurrentes, comme par exemple, celle de radiations qui ont été insuffisantes pour détruire, mais suffisantes pour imprimer à la partie touchée un stimulus ou bien une fragilité temporaire qui se trahissent dans la morphologie des cellules.

Obs. VI. — (Service de M. DELBET). — Madame P. L., âgée de 52 ans, entre à l'hôpital pour tumeur du sein droit. Il y a une douzaine d'années elle a découvert une petite tumeur indolore dont elle ne s'est pas préoccupée. Il y a trois ans au retour de son travail elle s'aperçoit d'un petit saignement qui persiste pendant une dizaine de jours. Le médecin consulté fait des pointes de feu et l'hémorragie disparaît. Pendant deux ans il ne subsiste plus qu'une plaque indurée et rouge, mais au mois d'août dernier (observation est prise le 5/VII 15) il se produit une nouvelle hémorragie plus importante, en même temps une douleur persistante sous forme

des lancements et irradiant vers le creux axillaire. Léger amaigrissement depuis un an. A l'examen on voit une petite tumeur de la grosseur d'une noix siégeant au bout d'un mamelon. Les téguments sont rouges et indurés sur le pourtour, il s'écoule un peu de liquide séro-sanguinolent par un petit orifice. Pas d'adénopathie. Pas d'adhérences dans les plans sous-jacents.

Un prélèvement de fragment révèle la présence d'un épithélioma.

Obs. VII. — (MINTZ). — Il s'agit d'une malade âgée de 51 ans, chez laquelle la ménopause se produisit il y a 8 ans et qui, depuis 12 ans, présente un écoulement par le mamelon droit. D'abord séreux, cet écoulement est devenu, depuis dix-neuf mois, sanguinolent. Il y a cinq ans cette femme fut examinée par M. le professeur Kosinski (de Varsovie), lequel constata, dans la moitié externe du sein, la présence de deux petites nodules, qui, plus tard, augmentèrent de volume et fusionnèrent. A l'examen, M. Mintz trouve à ce niveau, une tumeur grosse comme un œuf de poule et de consistance assez solide. Il pratique l'ablation du sein. Microscopiquement, la glande mammaire présente des cavités kystiques des dimensions variables, remplies d'un contenu crémeux, jaune, grisâtre ; les canaux galactophores dilatés renferment du sang coagulé. Le microscope montre que la glande a subi le processus d'involution sénile : elle est composée presque entièrement de tissu conjonctif dense et de tissu adipeux. Par endroits, on note la formation de kystes à type de mastite chronique kystique avec dégénérescence nécrobiotique de l'épithélium formé ; rarement, on rencontre des vestiges des conduits glandulaires, autour desquels on remarque une prolifération de l'épithélium en petit amas, ou encore une pénétration de l'épithélium glandulaire dans le tissu conjonctif dense avoisinant, ce processus rappelant le squirrhe.

Obs. VIII.— (REVERDIN et MAYOR).— Il s'agit d'une femme âgée de 42 ans, elle a eu six enfants ; elle n'en a nourri aucun ; son lait a toujours passé facilement. Il y a neuf ans elle prenait des bains salés, lorsqu'elle ressentit des douleurs dans le sein gauche, et s'aperçut qu'il s'écoulait par le mamelon quelques gouttes de liquide blanc jaunâtre ; dans le courant de l'année suivante cet écoulement continuait, mais il était devenu plus sanguinolent et augmentait les jours qui précédaient les règles. Dès le début la malade avait constaté l'existence de deux tumeurs distinctes dans le sein gauche ; elle affirme qu'au bout de quelque temps ces tumeurs disparurent. Il y a un an, tout à coup le sein commença à devenir douloureux et dur, puis au bout de quelques jours un écoulement se produisit par le mamelon et le sein reprit sa souplesse. 2 mois après la malade a été examinée par le Dr Staude de Hambourg et Voigt, qui ne trouvèrent rien d'anormal dans le sein. Trois mois après le sein se tuméfit de nouveau, les deux tumeurs reparaissent et l'écoulement sanguinolent se reproduit. Depuis cette époque le sein est en outre le siège d'élancements et de battements. Les règles sont régulières. A l'examen de la malade on note l'état général assez bon, embonpoint médiocre, appétit conservé. Les seins sont peu développés ; les deux mamelons sont au même niveau ; les deux seins de volume égal ; la malade renversée en arrière, légère saillie à la partie inféro-interne de la glande. Le mamelon gauche n'est pas précisément retranché, mais il est un peu plus gros que le droit, et entouré d'un sillon circulaire peu profond, légère excoriation à sa surface à un endroit par où suinte goutte à goutte un liquide légèrement brunâtre, sanguin. Par la palpation on sent à la partie inférieure et interne au niveau de la saillie une tumeur du volume d'une noisette presque ronde, un peu ovale, parfaitement lisse, dure et élastique ; elle est assez mobile, mais dans les limites peu étendues, la peau est sans adhérences à son niveau. Elle est un peu douloureuse à la pres-

sion ; si on la fixe et qu'on tire sur le mamelon dans différents sens on sent qu'elle suit les mouvements de cet organe. Sous le mamelon, seconde tumeur formant une plaque dure, occupant l'aréole ; cette plaque discoïde semble avoir la dimension d'une pièce de 2 francs, elle est sensible ; la pression fait sourdre du liquide par le mamelon ; la pression sur l'autre tumeur ne produit cet effet.

Dans l'aisselle gauche plusieurs ganglions gros comme de petits haricots, mobiles. Rien dans le creux sus claviculaire. Rien dans l'aisselle droite. Sensibilité marquée sur le trajet du nerf médian droit.

Vu l'âge du malade, l'existence des ganglions, l'hémorragie continue, Reverdin conseille l'opération. La malade s'y décide mais attend la fin de ses règles. Pendant ce temps il se produit par le mamelon un écoulement de sang assez abondant pour qu'on fasse appeler le médecin. Cet écoulement finit par s'arrêter et est remplacé par un écoulement séreux trouble. Après l'opération l'auteur a pu suivre la malade 2 ans ; elle se portait très bien.

Examen microscopique fait par Albert Mayor a montré qu'il s'agissait d'une altération de nature épithéliale.

Les canaux et les culs-de-sac de la glande mammaire ont subi des modifications caractérisées par deux phénomènes qui évoluent simultanément : *a*) dilatation des cavités sécrétoires et excrétoires ; *b*) prolifération de leurs épithéliums. Ces modifications trouvent leur plus haute expression dans la formation de cavités kystiques dont les parois sont le siège des végétations papillaires. Le tissu conjonctif n'offre dans cette tumeur que des modifications peu importantes et qui paraissent manifestement secondaires. Les ganglions lymphatiques de l'aisselle n'offrent pas trace d'altération.

En ce qui concerne la dénomination de cette tumeur, Mayor est d'avis que « la dénomination épithélioma s'impose dans ce cas. Au premier abord on pourrait être tenté d'accoler à ce nom générique l'épithète intra-canaliculaire, Mais la

tumeur différant passablement dans son aspect de celle que Labbé et Coyne ont décrite sous ce nom, il est peut-être préférable de l'appeller épithélioma polykystique par exemple ».

En résumé, on peut conclure après l'étude des observations précédentes que l'écoulement du sang pur survenant spontanément, même sans d'autres symptômes d'une tumeur maligne, est une indication formelle pour l'amputation large du sein.

CONCLUSIONS

1° L'écoulement séreux peut apparaître à l'état chronique chez une femme âgée de plus de 30 ans, et dans ce cas, même en l'absence de tout autre signe physique, il doit être surveillé par le médecin. Si l'écoulement change de nature et devient hémorragique une intervention s'impose.

2° Toutes les fois qu'un écoulement séreux dans les tumeurs bénignes devient franchement sanglant, il y a indication d'intervenir.

3° L'écoulement séro-sanguinolent, dit écoulement d'Adolphe Richard, est souvent causé par de simples mammites ; il ne comporte par lui-même aucune indication opératoire.

4° L'écoulement de sang pur survenant spontanément, même sans d'autres symptômes d'une tumeur maligne, est une indication formelle pour l'amputation large du sein.

Vu, le Doyen,
H. ROGER.

Vu, le Président,
PIERRE DELBET.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

BAUMGARTNER. — Nouveau Traité de Chirurgie sous la dir. de Delbet et Quenu. 1913, t. XXIII.

BRISSAUD. — Anatomie pathologique de la maladie kystique des mamelles (§. 6, *Arch. de Phys. norm. et path.* 1884, 3^e série, t. 311., p. 98.)

CHIPAULT. — Presse Médicale, 1896.

CORNIL. — Les tumeurs du sein, Paris, 1908.

DELBET. — La mamelle (in *Traité de Chirurgie*, 1892, t. IV, p. 261.)

DELBET et HERRENSCHMIDT. — Bulletin de l'Ass. Française pour l'étude du Cancer, t. XI, 2, février 1922.

DURANTE et ROULLAUD. — Adéno-fibrome du sein en évolution maligne (*La Gynécologie*, juillet 1921.)

HIRSCHBERG. — Über die vikariirende Menstruation (*Zbl. f. Gyn.*, 1914, p. 929.)

HÜSS. — Gazette Médicale de Paris, 1859.

KLOTZ. — Über einige seltene Erkrankungen der weibl. Brustdrüse. (*Arch. f. klin. Chir.*, 1880, vol. XXV, 49.)

LABBÉ et COYNE. — Traité des tumeurs bénignes du sein (Paris, Masson, 1876.)

LAMBINON. — Journ. d'accouchement, 1908.

MINTZ. — Rousky Vrach, Moscou, 1911, 2.

» » » » 1912, 5.

MORALLER. — Considérations sur les rapports de l'hémorragie du mamelon et de l'adénome kystique du sein (*Monatschr. für. Geburtshilfe und Gynäk.*, février, 1918, vol. XLVIII, 2, p. 107.)

PINEL. — Hématémèses. *Dict. des sciences méd.*, 1817.)

REVERDIN et MAYOR. — *Rev. méd. de la Suisse romande*, 1890.

RICHARD. — *Revue méd. chir. de Paris*, 1852.

SAAR. — *Über Cystadenoma mammae und Mastitis chronica cystica* (*Arch. f. klin. Chir.*, 1907, vol. LXXXIV, p. 223.)

SASSE. — *Arch. für. klin. Chir.*, 1897, Bd. XXIV, Obs. 12.

SCHILD. — *The Brit. med. Journ.*, 1901, vol. I, p. 1137, obs. III.

SICRE. — *Contribution à l'étude de la maladie kystique des mamelles*. (*Thèse de Paris*, 1900.)

TRÉLAT et TILLAUX. — *Rev. de Chir.*, 1888, p. 377.

ZIEGENSPECK. — *Münch. med. Woch*, 1909, 34 ;

Bulletin de la Soc. de Chir., 2 mai 1853, p. 371 ;

Bulletin de la Soc. anat., 1853, p. 173.



